



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOORTE Y CRÉDITO - COOMFONELEC  
NIT. 890.704.636-5

SOLICITUD AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD  
(Formato Único)

FECHA RADICADO: \_\_\_\_\_

DATOS DEL ASOCIADO:

_____	_____	_____	_____
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>No. De Identificación</b>	<b>Celular</b>	<b>Fecha de Ingreso</b>

<b>AUXILIO SOLICITADO</b>	<b>DOCUMENTOS SOPORTES</b>
---------------------------	----------------------------

<b>SALUD</b> <input type="checkbox"/>	Orden o Fórmula Médica <input type="checkbox"/> Factura <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

<b>ODONTOLOGIA</b> <input type="checkbox"/>	Factura <input type="checkbox"/> Rut <input type="checkbox"/>
---	---

<b>OPTOMETRIA</b> <input type="checkbox"/>	Factura <input type="checkbox"/> Rut <input type="checkbox"/>
--	---

<b>POLIZA EXEQUIAL</b> <input type="checkbox"/>	Certificación <input type="checkbox"/> Recibo de Pago <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal <input type="checkbox"/>
---	--

<b>FALLECIMIENTO</b> <input type="checkbox"/>	Fotocopia Cédula Asociado y del Fallecido <input type="checkbox"/> Registro Civil de Defunción <input type="checkbox"/> Registro Civil de Nacimiento (Fallecido) <input type="checkbox"/> Acta de Matrimonio <input type="checkbox"/>
---	--

<b>SOLIDARIDAD</b> <input type="checkbox"/>	Incapacidad Igual o Superior a 30 días (enfermedad terminal o catastrófica) <input type="checkbox"/> Incapacidad Igual o Superior a 30 días (accidentes de tránsito) <input type="checkbox"/> Calamidad Doméstica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> cúal <input type="checkbox"/>
---	---

Número de Folios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO SOLICITANTE

DATOS DE APROBACIÓN

Acta No. \_\_\_\_\_

Fecha de Acta \_\_\_\_\_

Aprobado SI  NO

Valor aprobado \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Vo. Bo. Comité

\_\_\_\_\_  
Coordinador

\_\_\_\_\_  
Secretario

\_\_\_\_\_  
Vocal